



Atribución-NoComercial 2.5 Colombia (CC BY-NC 2.5)

La presente obra está bajo una licencia:

Atribución-NoComercial 2.5 Colombia (CC BY-NC 2.5)

Para leer el texto completo de la licencia, visita:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/co/>

Usted es libre de:



Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra

hacer obras derivadas

Bajo las condiciones siguientes:



Atribución — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).



No Comercial — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

Responsabilidad Patrimonial Extracontractual del Estado por infecciones nosocomiales adquiridas: la hospitalización como actividad peligrosa¹

Esmeralda Liliana Aldana Salazar²

Universidad Católica De Colombia

E-mail: elaldana92@ucatolica.edu.co

Resumen

La responsabilidad médica en Colombia ha contado con un importante desarrollo tanto en el ámbito privado como en el ámbito público, la jurisprudencia que se construido alrededor de este tema ha evolucionado e incluido nuevos criterios que permiten desarrollar nuevos puntos de vista sobre modifican los que se había venido exponiendo por el Consejo de Estado en temas de responsabilidad del Estado por actividades asociadas a la prestación de servicios médicos. Lo anterior ha generado una amplia controversia debido a las implicaciones que esto tiene desde el punto de vista fiscal para el Estado colombiano. El presente artículo describe la teoría actual predominante en materia de Responsabilidad Patrimonial Extracontractual del Estado por contagio de infecciones nosocomiales desde los fallos de autoridades judiciales, y hace un análisis de su evolución identificando los elementos esenciales del giro en la línea jurisprudencial fundamentada en la aplicación de la teoría del riesgo alea.

Palabras clave: Responsabilidad médica, Actividades peligrosas, Riesgo Excepcional, Riesgo alea, línea jurisprudencial.

Abstract

Medical responsibility in Colombia has had an important development in both the private and public spheres, the jurisprudence that has been built around this topic has evolved and included new criteria that allow developing new points of view on those that had been modified. It has been presented by the State Council on issues of state responsibility for

¹ Artículo de reflexión presentado como requisito para optar al título de Abogado de la Universidad Católica de Colombia, bajo la asesoría del Doctor Ricardo Ariza, docente de la facultad de Derecho, 2018.

² Estudiante de Derecho con materias culminadas, perteneciente a la Facultad de Derecho de la Universidad Católica de Colombia, identificado con código estudiantil N. 2108892. Correo electrónico: elaldana92@ucatolica.edu.co

activities associated with the provision of medical services. The foregoing has generated a wide controversy due to the implications this has from the fiscal point of view for the Colombian State. This article describes the current prevailing theory in terms of Extracontractual Patrimonial Responsibility of the State by contagion of nosocomial infections from the judgments of judicial authorities, and makes an analysis of its evolution identifying the essential elements of the line of jurisprudence based on the application of the theory of risk alea.

Key words: Medical liability, dangerous activities, exceptional risk, risk alea, jurisprudential line.

Tabla de contenido

Introducción. 1. Generalidades de responsabilidad del Estado en materia medico asistencial. 1.1 La falla en el servicio médico. 1.2 Características de la falla en el servicio. 2. Imputación de daños causados por la prestación de servicios médico. 2.1 Los eventos adversos en la prestación de servicios médicos. 3. Contagio de Infecciones nosocomiales: Un evento adverso que se imputa desde la responsabilidad objetiva. Conclusiones. Referencias.

Introducción

La responsabilidad medica en Colombia ha contado con un importante desarrollo tanto en el ámbito privado como en el ámbito público, la jurisprudencia ha evolucionado y ha incluido nuevos criterios que modifican los que se había venido exponiendo por el Consejo de Estado en temas de responsabilidad del Estado por actividades asociadas a la prestación de servicios médicos.

La responsabilidad del Estado en diversas materias es un tema que ha venido evolucionando ampliamente en Colombia por el Consejo de Estado, el artículo 90 de la

constitución de 1991 desarrollo el concepto de Responsabilidad del Estado teniendo en cuenta la teoría del daño antijurídico que tiene origen en el derecho público español.

De aquí nace una serie de postulados que se han desarrollado a lo largo de varios años en Colombia y que ha permitido formular una serie de títulos de imputación para las diferentes actividades que desarrolla el Estado colombiano. En materia de responsabilidad del Estado por actividades medico sanitarias se sostuvo durante varios años la teoría bajo la cual se debía realizar la imputación mediante el título de falla en el servicio, esto en el entendido que un daño antijurídico que se cause a un particular en el desarrollo de aun actividad medico asistencial debe ser reparado en los términos que defina el juez, debido a que se presentó un error o falla que dio lugar a la acusación del daño (Fernández, 2016).

Cabe resaltar que el tema ha generado una amplia controversia debido a las implicaciones que esto tiene en el porcentaje de condenas para el Estado, ya que en estos casos no se tiene en cuenta si se cumplió con los protocolos establecidos o la Lex Artis, sino que la aplicación se da de una manera ampliamente distinta, entendiendo que los prestadores de servicios médicos crean una serie de riesgos asociados a su actividad, que pueden materializarse o no.

Ahora bien, las teorías propuestas sobre la responsabilidad del Estado por actividades medico sanitarias en el caso de servicios médicos prestados por establecimientos públicos hospitalarios, en la actualidad cuentan con dos formas de imputacion. Una de ellas y la que ha sido ampliamente utilizada desde la expedición de la constitución de 1991 e inclusive anterior a esta es aquella que aplica la tesis de la falla en el servicio (Rojas, 2017).

La otra de imputacion de la responsabilidad que ha surgido recientemente y representa un giro en la línea jurisprudencial es la que aplica la teoría del riesgo alea. La marcada diferencia entre estas teorías radica en que cuando se imputa la falla en el servicio se debe analizar si se siguieron los protocolos establecidos para los servicios médicos ya que esto desvirtuaría la existencia de la falla, mientras en la imputación de la responsabilidad bajo la teoría del riesgo alea se identifica a la hospitalización como una actividad peligrosa intrínsecamente por lo que solo basta con demostrar que el daño se derivó de la hospitalización.

La importancia de este artículo de investigación radica en determinación precisa de los cambios que se han dado en la teoría sobre la imputación en el título de responsabilidad médica, para indicar cuales son los casos específicos en lo que puede predicar la responsabilidad objetiva.

Ahora bien, cabe aclarar que, aunque existen normas técnicas y protocolos bajo los cuales se busca mitigar diferentes riesgos en materia de actividades medico asistenciales, el riesgo difícilmente podría llegar a eliminarse por completo, por lo cual en materia e falla en el servicio debe tenerse en cuenta la aplicación de dichos protocolos.

Ahora bien, debe tenerse en cuenta también que los procesos que impliquen diversas tecnologías como lo es el caso de una serie de actividades medicas deben contar con toda la información necesaria que les permita manejar de la mejor manera posible los riesgos que pueden llegar a presentarse en el desarrollo de la actividad, y de igual manera deben contar con un plan de acción que permita evitar que el riesgo se presentó y cuando se están ante un riesgo alto de que esto suceda (Woolcott , Vivas & Garzón, 2017).

Corresponde al desarrollo del presente responder a la siguiente pregunta de investigación ¿Qué evolución ha tenido el título de imputacion en el caso de responsabilidad medica en por eventos adversos en Colombia en los últimos 5 años? Con el objetivo principal de determinar con claridad los cambios en la línea jurisprudencial que ha desarrollado el Consejo de Estado en materia de responsabilidad médica, para lo anterior se desarrollara como primer objetivo específico analizar los presupuestos de aplicación de la teoría del riesgo alea en materia de contagio de infecciones intrahospitalarias, y como segundo objetivo específico se buscara determinar si las infecciones nosocomiales pueden considerarse como un evento adverso para los efectos de responsabilidad patrimonial extracontractual del Estado y su título de imputación.

Metodología:

La metodología utilizada para el presente artículo de investigación es de naturaleza documental descriptiva realizada a través de estudios casos, cuya finalidad es determinar los criterios que han surgido en materia de responsabilidad extracontractual del Estado en el desarrollo de la actividad medico sanitaria, centrándose concretamente en el contagio de

infecciones nosocomiales mediante la revisión de estudios doctrinarios y jurisprudenciales (Sepúlveda & Solano, 2008).

Lo anterior expuesto dentro de un paradigma Positivista, teniendo en cuenta que el desarrollo de la investigación tiene su fundamento en las normas positivas del ordenamiento jurídico colombiano y la jurisprudencia emitida por el Consejo de Estado, lo que permite generar una serie de conclusiones que de tipo jurídico que se apartan de criterios morales y éticos (Bonilla, 2010).

1. Generalidades de responsabilidad del Estado en materia medico asistencial.

La cláusula general de responsabilidad del Estado estipulada en el artículo 90 de la Constitución política de Colombia tiene como fundamento el daño antijurídico que hace referencia a la lesión de un bien jurídicamente tutelado que la persona no tiene el deber jurídico de soportar.

Como indican Fajardo (2010) se predicen como elementos de la responsabilidad del Estado en primer lugar la existencia de un daño antijurídico, y segundo lugar la imputabilidad de dicho daño al Estado que hace referencia a la razón válida que permita atribuir el daño a una autoridad pública.

Ahora bien, en el caso específico de la responsabilidad extracontractual del Estado en ocasión de daños causados por prestación de servicios médicos, parte de la premisa de la prestación de servicios públicos como fin del Estado, en ese sentido como lo asegura Rivera (2014) cuando dicho servicio médico es prestado por establecimientos públicos hospitalarios oficiales se considera que la responsabilidad derivada de la producción de un daño es de naturaleza extracontractual³.

Es preciso indicar que desde el punto de vista jurídico las obligaciones que asume el Estado en materia de prestación del servicio público de salud están categorizadas como obligaciones de medio, teniendo en cuenta que el establecimiento público hospitalario se compromete a desplegar una conducta con idoneidad y diligencia para la consecución de un

³ Ver sentencias C559 de 2002 y C665 de 2000. Sobre la naturaleza extracontractual de la responsabilidad del Estado por la prestación de servicios de salud.

resultado; sin embargo si dicho resultado no se logra esto no significa que haya un incumplimiento por parte del establecimiento público hospitalario (Acosta, 2010).

En ese sentido, se debe afirmar que, por regla general, las obligaciones en la prestación de servicios médicos por parte de entidades públicas son típicamente de medio y no de resultado. Lo que quiere decir, que el deudor cumple la obligación a su cargo en la medida en que preste el servicio aplicando todos los medios y recursos que tenga a su alcance para el efecto, ya que como lo indica Woolcott (2015) la actividad medica conlleva un riesgo es mayor y más trascendente que en cualquier otro oficio.

Descrito lo anterior, se procederá a analizar la forma en que históricamente se ha atribuido la responsabilidad a la administración pública en ocasión del desarrollo de actividades medico hospitalarias:

1.1 La falla en el servicio médico:

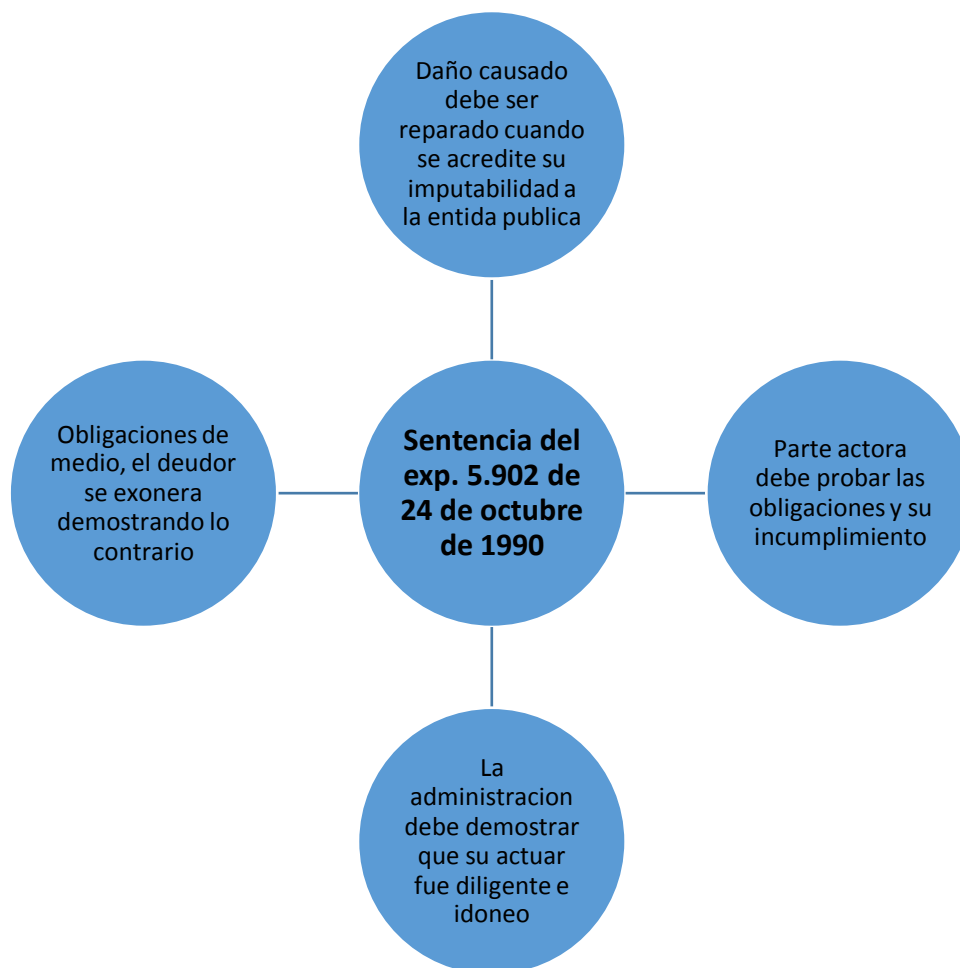
Como lo indica Gil Botero (2017) hasta 1990 la forma de atribuir la responsabilidad patrimonial extracontractual al Estado colombiano fue la falla en el servicio, concretamente se utilizaba el concepto de falla probada en virtud de la cual la víctima del daño debe probar idónea y fehacientemente todos y cada uno de los elementos que integran la falla del servicio (hecho dañoso, daño antijurídico y nexo de causalidad).

Cabe anotar que la falla del servicio corresponde a un desarrollo particular de la teoría del servicio público, surgida en el derecho francés en los años 20, se utilizó para explicar la existencia y funcionamiento de la organización estatal. Autores como Duguit (1923) expresaron que una de las finalidades del Estado era la de proveer el servicio público, entendiendo este como la satisfacción de necesidades de interés estatal, regulada por normas de derecho público, y por parte del Estado.

Posteriormente el Consejo de Estado en sentencia del exp. 5.902 de 24 de octubre de 1990, realiza una serie de observaciones que si bien en dicho momento pasaron inadvertidas; más tarde se convierten en razonamiento válidos para la evolución de la jurisprudencia de esta corporación en materia de responsabilidad del Estado por la actividad medico sanitaria.

La siguiente grafica hace referencia a los puntos más importantes de este fallo, que representaron en este momento un avance notable concretamente en materia de falla en el servicio médico:

Figura 1. Presupuestos de la falla en el servicio



Fuente: Elaboración Propia

En ese sentido, si el servicio médico debía ser prestado determinada forma y no se hizo de esta manera, se puede decir que falló la prestación del servicio. Al observar la complejidad de la prueba en casos de actividad medico sanitaria el Consejo de Estado decide dar un giro a las cargas probatorias y en sentencia exp. 6.754 del 24 de agosto de 1992 se da paso al concepto de falla presunta.

Cuando se habla de falla presunta la víctima tiene que probar los elementos del daño antijurídico, mas no está en deber de demostrar el comportamiento culposo de la

administración. Como lo indica Fernández (2009) se parte de la premisa de que el Estado actuó con culpa, en este caso es deber del Estado desvirtuar esa presunción o probar la existencia de un hecho extraño.

Por lo tanto, se presume la culpa del demandado, por razones de equidad. Entendiendo que es suficiente el daño que ha sufrido la víctima y por esta razón debe alivianarse la carga probatoria de la víctima y quedara en cabeza del Estado la carga de probar diligencia.

En el análisis y juzgamiento del caso, el juez de entrada debe partir de una premisa: que en esos hechos que se van a juzgar, el Estado cometió una falla. Esta es una afirmación que se hace en favor de la víctima y correlativamente en contra del demandado. Pero esa es una presunción *iuris tantum*⁴, es decir que admite prueba en contrario (Güecha, 2012).

Posteriormente, el Consejo de Estado decide abandonar la teoría de la falla presunta teniendo en cuenta que el Código de Procedimiento Civil (vigente para hasta el año 2014) en su artículo 177⁵ predicaba una carga estática de la prueba, por lo tanto, el juez contencioso administrativo no podía ir en contra de lo dispuesto por el legislador.

Así entonces, la jurisprudencia del Consejo de Estado dejó de aplicar la falla presunta, como lo expresa en la sentencia exp. 31724 del 31 de 2013:

La jurisprudencia del Consejo de Estado abandonó la teoría de la falla presunta para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo de causalidad entre ésta y aquel, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria (Consejo de Estado, Sentencia Exp. 31724, 2013).

Lo anterior dio lugar a que el Consejo de Estado en la sentencia Exp. 11878 de 2000 abriera paso al sistema de cargas probatorias dinámicas que se traduce en que la persona que se encuentre en mejor situación frente a un supuesto fáctico del proceso es quien debe

⁴ Presunción de hecho que se establece por ley y que admite prueba en contra.

⁵ **ARTÍCULO 177. CARGA DE LA PRUEBA.** <Artículo derogado por el literal c) del artículo 626 de la Ley 1564 de 2012. Rige a partir del 1o. de enero de 2014, en forma gradual, en los términos del numeral 6) del artículo 627> Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen. Los hechos notorios y las afirmaciones o negaciones indefinidas no requieren prueba.

aportar las pruebas conducentes para probar su veracidad o su falsedad. A pesar de que dicho sistema no estaba consagrado en las normas procesales, se aplicaba con fundamento en principios constitucionales como la igualdad y la equidad (Gil Botero, 2017).

Igualmente debe indicarse que el sistema de cargas probatorias dinámicas fue ratificado mediante la expedición del Código General del Proceso que artículo 167⁶ abrió la posibilidad de que, según las particularidades del caso, el juez de oficio o a petición de parte puede distribuir la carga de la prueba.

Visto lo anterior, se procede para finalizar el tema de la falla en el servicio médico a precisar las características de la falla en el servicio.

1.2 Características de la falla en el servicio:

Como lo indica Patiño (2011) debe describirse entonces que desde el punto de vista factico para que una situación sea constitutiva de una falla en el servicio requiere en primer lugar la existencia de una conducta humana, en segundo lugar, debe existir una prestación anormal o deficiente del servicio. lo que quiere decir que este no se prestó de forma adecuada o como espera el usuario que se preste.

En tercer lugar, la doctrina habla de la culpa anónima. Lo anterior teniendo en cuenta que se habla de un incumplimiento a un deber del Estado y no es necesario, ni indispensable, saber cuál fue el agente prestó mal el servicio, u omitió el cumplimiento del deber (sin perjuicio de que esa individualización se presente para una posterior acción de

⁶ **ARTÍCULO 167. CARGA DE LA PRUEBA.** Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

No obstante, según las particularidades del caso, el juez podrá, de oficio o a petición de parte, distribuir, la carga al decretar las pruebas, durante su práctica o en cualquier momento del proceso antes de fallar, exigiendo probar determinado hecho a la parte que se encuentre en una situación más favorable para aportar las evidencias o esclarecer los hechos controvertidos. La parte se considerará en mejor posición para probar en virtud de su cercanía con el material probatorio, por tener en su poder el objeto de prueba, por circunstancias técnicas especiales, por haber intervenido directamente en los hechos que dieron lugar al litigio, o por Estado de indefensión o de incapacidad en la cual se encuentre la contraparte, entre otras circunstancias similares.

Cuando el juez adopte esta decisión, que será susceptible de recurso, otorgará a la parte correspondiente el término necesario para aportar o solicitar la respectiva prueba, la cual se someterá a las reglas de contradicción previstas en este código.

Los hechos notorios y las afirmaciones o negaciones indefinidas no requieren prueba.

repetición por parte del Estado), ya que la culpa recae sobre la persona jurídica que representa al Estado bien sea la Nación, el Departamento, los Municipios, entre otros (Ruiz, 2016).

Se tiene entonces, que las anteriores características se observan en los casos de falla en el servicio, en este caso concreto en los casos de responsabilidad por actividad medico sanitaria. Ahora bien, es necesario profundizar ahora en la prestación de servicios médicos y la clasificación que se ha propuesto en el contexto de la responsabilidad medico sanitaria.

2. Imputación de daños causados por la prestación de servicios médicos

Como lo indica Fortich (2016) frente a la prestación de servicios médicos se ha presentado una especial discusión en torno a si el ejercicio de la medicina puede ser catalogado como actividad peligrosa, es decir, como una actividad donde la oportunidad de producir un daño es muy alta, a diferencia de otras actividades comunes y corrientes.

Lo anterior resulta relevante ya que si la actividad medica se considera se entrará a imputar los daños producidos en el desarrollo de prestación de servicios médicos aplicando la teoría el riesgo excepcional y no la falla del servicio, pasando de la Responsabilidad subjetiva a la objetiva.

Sin embargo, la jurisprudencia en Colombia tanto en la Jurisdicción ordinaria como en la Jurisdicción Contencioso Administrativa, reiteradamente, ha sostenido y reiterado que el ejercicio de la medicina, no puede ser considerada como una actividad peligrosa. Pero que, si bien no es peligrosa, exige una especialísima diligencia y cuidado.⁷

Al respecto el Consejo de Estado ha expresado que “el riesgo que representa un tratamiento médico se asume por el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad prestadora del servicio” (Consejo de Estado, Sentencia Exp. 9467, 1997).

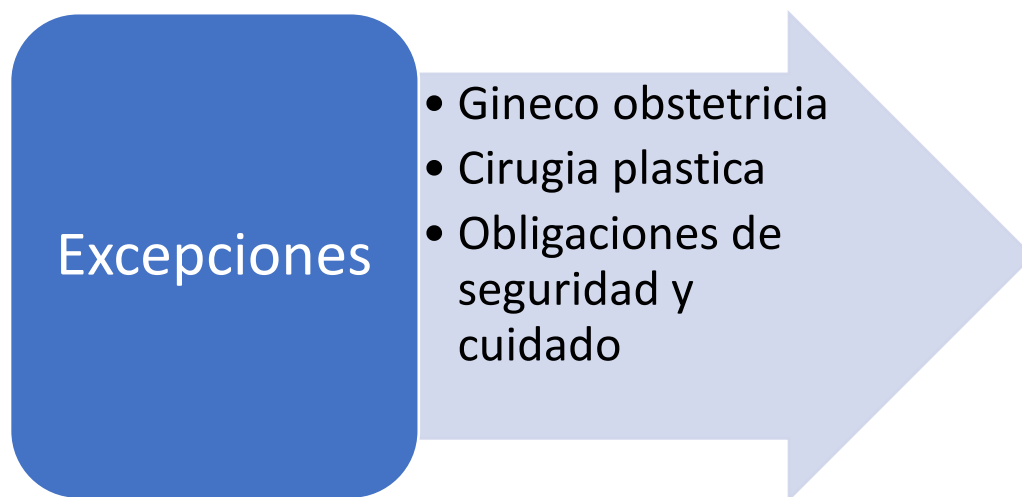
⁷ Sobre el particular: Sentencia CSJ 14 oct de 1959, Sentencia CSJ 24 oct 1990, Sentencia C.E 11 abril 2002 Exp. 13227, Sentencia Exp. 1997-03632 del 26 de marzo de 2008 CP. Ruth Stella Correa, Sentencia Exp. 1997-04565 del 01 oct 2008 CP. Myriam Guerrero de Escobar.

En este mismo sentido Guzmán & Arias (2011) han indicado que todo procedimiento médico tiene riesgos, y dichos riesgos no pueden ser trasladados al médico, sin una razón suficiente. El paciente debe ser consciente de su Estado de salud y asumir las consecuencias del tratamiento, teniendo en cuenta que el personal médico tiene obligaciones de medio.

No obstante, lo anterior, como lo indica Acosta (2010) la jurisprudencia ha considerado que en la prestación de cierta clase de servicios médicos como lo son la cirugía estética, la implantología, la gineco obstetricia, entre otros, deben considerarse obligaciones de resultado.

La grafica 2 permite observar de manera más concreta las actividades que la jurisprudencia de la Jurisdicción Contencioso Administrativa ha considerado que deben migrar hacia regímenes de responsabilidad más exigentes, ya que no pueden considerarse como obligaciones de medio.

Figura 2. Servicios médicos donde la obligación es de resultado según la Jurisprudencia



Fuente: Elaboración Propia (2018)

En el caso de las actividades medicas derivadas del servicio de ginecobstetricia se tiene como obligación de resultado específicamente especialmente los casos de parto

natural, siempre y cuando que sea en condiciones normales⁸ es decir, cuando no hay factores de riesgos asociados, lo normal sería que ni la gestante ni la criatura sufran daños en la labor del parto (Pierry, 1996).

Lo anterior teniendo en cuenta que el Estado de embarazo no se considera como una enfermedad, sino un Estado propio de la naturaleza acorde a la condición humana. Como lo indica Entonces, la asistencia del médico no debería causar problemas, sino que todo debería salir perfecto. Por lo que, en este caso, la obligación es de resultado. Contrario a lo que pasa en el caso de la cesárea donde se está en presencia de obligaciones de medio y, por consiguiente, sólo habrá compromiso de responsabilidad si existe falla del servicio.

En el caso de la cirugía plástica con fines estéticos y cosméticos el paciente no presenta un Estado patológico. Por lo tanto, se plantea que la responsabilidad es de resultado y no de medio, sin embargo, en Colombia la Jurisdicción Contencioso Administrativa no se ha ocupado de este tema ya que el plan de beneficios en salud no incluye la cirugía plástica con fines estéticos (López, 2013).

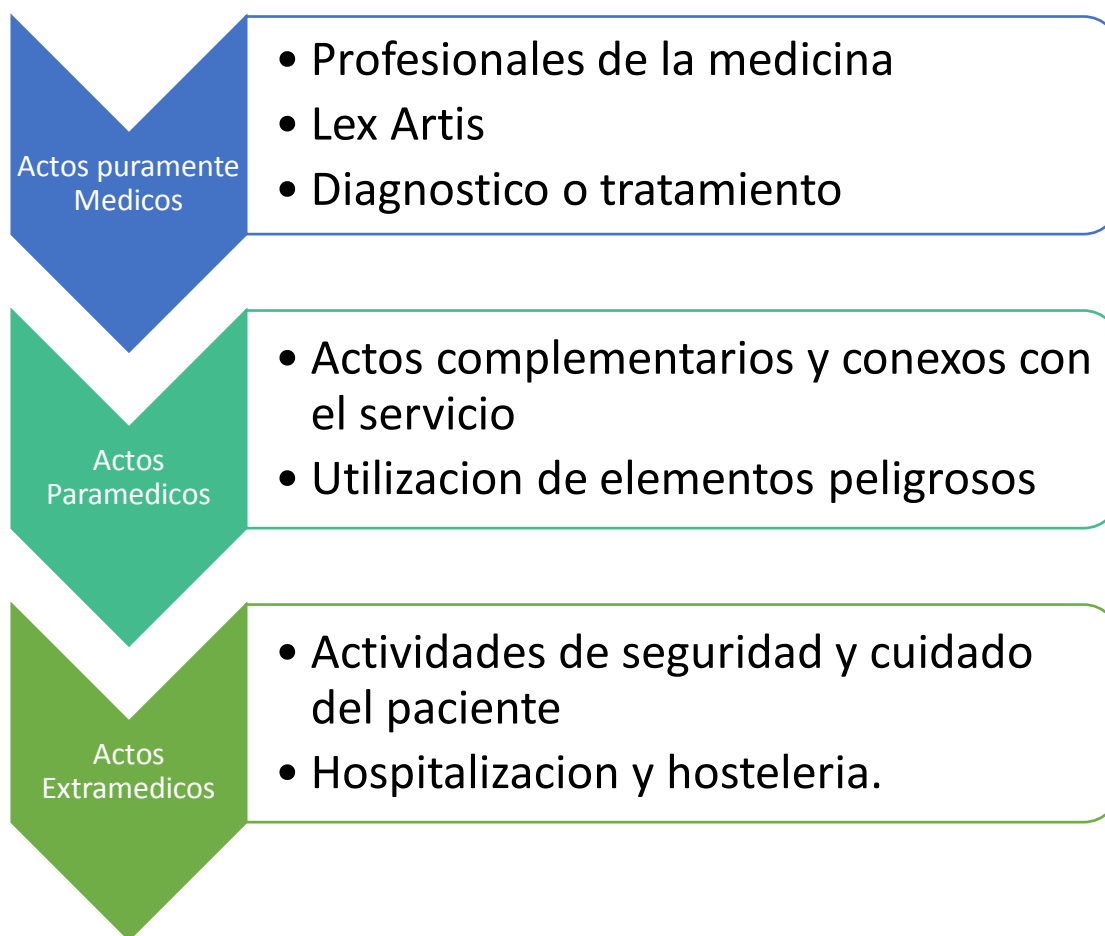
Así mismo, sobre las obligaciones de seguridad y cuidado que se tiene sobre los pacientes, sobre este aspecto específico se hará un análisis a profundidad a continuación.

2.1 Los eventos adversos en la prestación de servicios médicos:

Es necesario para entrar a definir el concepto de eventos adversos traer de presente una clasificación de la doctrina y la jurisprudencia frente a las clases de actos médicos. La cual será expuesta en la Grafica 3 que se observa a continuación:

⁸ Ver Sentencia: Consejo de Estado, Sección Tercera. Exp. 12123 del 16 de agosto de 2000. C.P Alíer Hernández.

Figura 3. Servicios médicos donde la obligación es de resultado según la Jurisprudencia



Fuente: Elaboración Propia.

Como lo describe la gráfica 3, la doctrina y la jurisprudencia de la jurisdicción contenciosa administrativa ha identificado una clasificación de los actos en la prestación de los servicios de salud.

En primer lugar, se encuentran los actos puramente médicos, que como lo describe Guzmán, Franco, Morales & Mendoza (1994) son aquellos en los cuales se intenta promover la salud, curar y prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente. El médico se compromete a colocar todos los medios a su alcance para efectuar un procedimiento (médico o quirúrgico), actuando con apoyo en sus conocimientos, su adiestramiento técnico y su diligencia y cuidado personal es para curar o aliviar los efectos de la enfermedad, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos y complicaciones inherentes al mismo. De igual manera describe las características de este acto médico que la

profesionalidad, pues solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico. La ejecución conforme a la denominada "Lex Artis" sujeta a las normas de excelencia de ese momento, y el objetivo de la curación o rehabilitación del enfermo y su concordancia con las normas legales.

Puede entenderse que los actos puramente médicos son aquellos que despliegan conductas inherentes, propias, del ejercicio de la medicina, de la aplicación del conocimiento médico científico a cargo del profesional.

En segundo lugar, se tienen los actos paramédicos que son las conductas, procedimientos o protocolos inherentes a la prestación misma del servicio de salud que no necesariamente está a cargo del profesional de la medicina, sino del personal de apoyo o asistencial⁹. Deben aplicarse también una serie de medidas de seguridad y cuidado que hacen parte de la prestación misma del servicio de salud¹⁰ (Baena, 2010).

Por último, se tienen los actos extramédico que se definen como aquellos en los cuales no hay aplicación de conocimiento médico científico¹¹, como actividades de seguridad y cuidado, hospitalización y recuperación, o la prescripción de medicamentos (Woolcott & Ortega, 2018).

El Consejo de Estado se ha referido a la clasificación anterior de los actos médicos en los siguientes términos:

Un sector de la doctrina, en el que se encuentran Alberto Bueres y José Manuel Fernández Hierro, pregonan la clasificación en actos puramente médicos o realizados por el profesional de la medicina, actos paramédicos que por lo general son ejecutados por personal auxiliar bajo las órdenes del médico y para controlar al paciente, que incluye el suministro de medicamentos y el uso de instrumentos en óptimas condiciones y finalmente actos extramédicos que corresponden a los servicios de hostelería, tales como alojamiento, manutención etc, en desarrollo del deber de seguridad y preservación de la integridad física de los pacientes (Consejo de Estado, Sentencia Exp. 31.724 de 2013).

⁹ Actos premédicos y posmédicos: suministro de medicamentos, aseguramiento en camilla, etc.

¹⁰ Por ejemplo, el protocolo médico indica que cuando se está interno, las camillas deben tener unas barandas laterales, sobre todo cuando la situación particular así lo exige: paciente estresado, pediátrico.

¹¹ Servicio de hostelería (cuarto privado, cama extra para visitante, tv).

Dicho lo anterior, los eventos adversos ocurridos en el desarrollo de la prestación de servicios médicos, se entienden como el daño imputable a la administración que no tiene su base en la patología del de base del paciente, es decir que no necesariamente tiene relación causal con este tratamiento y puede originar la responsabilidad de los prestadores del servicio médico (Palencia, 2014).

Sobre lo anterior el Consejo de Estado hace énfasis a que en el caso de eventos adversos se evidencia un incumplimiento de la obligación de seguridad y vigilancia (Ruiz, 2017). Dichos eventos se localizan en el campo de los actos extramédicos toda vez que es en este ámbito en que se pueden materializar los posibles riesgos o circunstancias que sean configurativas de eventos de responsabilidad de la administración sanitaria que no se relacionan con la patología de base.

Como indica Gil Botero (2017) la determinación de la responsabilidad civil dentro de un hecho adverso que se derive de la prestación del servicio de salud debe determinarse respecto a la existencia de un incumplimiento del deber jurídico del Estado de velar por la seguridad del paciente. Sin embargo, es importante traer a colación la jurisprudencia colombiana en la que se ha determinado que la actividad médica no puede constituirse como actividad peligrosa y por ello para determinar la responsabilidad patrimonial del Estado en un hecho adverso en la prestación de salud debe hacerse bajo el amparo de falla en el servicio, salvo aquellos casos en que haya sido ocasionado por un aparato o instrumento empleado. Si existe el incumplimiento al principio de seguridad debe determinarse si es sentido amplio o lato y si el mismo es producto de una negligencia, impericia o imprudencia.

Ahora bien, en el campo de los eventos adversos la Organización Mundial de la Salud (2017) considera que las infecciones nosocomiales están dentro de los mismos, e indica que es el evento adverso más frecuente durante la prestación de atención sanitaria. Sin embargo, lo anterior en el campo de la jurisprudencia del Consejo de Estado ha tenido una variación importante, que se observará a continuación y permitirá observar el giro de la imputación en el caso de infecciones nosocomiales contraídas en una institución pública prestadora del servicio público de salud.

3. Contagio de Infecciones nosocomiales: Un evento adverso que se imputa desde la responsabilidad objetiva

Los procedimientos médicos realizados dentro de un establecimiento hospitalario están rigurosamente controlados por unos parámetros internacionales de bioseguridad que buscan reducir al mínimo la existencia de agentes patógenos que puedan causar enfermedades graves. Es así como se establecieron unos protocolos bajo parámetros internacionales de limpieza que son empleados para la desinfección de las instalaciones de los centros sanitarios y hospitalarios.

Urbina (2001) define las Infecciones nosocomiales como aquellas infecciones ocurridas durante la hospitalización, que no se estaban incubando o no estaban presentes al momento del ingreso del paciente al hospital, así mismo se consideran dentro de esta categoría cualquier infección que haya sido adquirida en el hospital y se manifieste una vez de alta el paciente.

Así mismo, cabe resaltar que las infecciones nosocomiales tienen un origen multifactorial, dado por los 3 componentes que forman la cadena que son los agentes infecciosos, el huésped y el medio ambiente, interactuando entre ellos. En los agentes infecciosos hay que tener en cuenta su origen (bacterias, virus, hongos o parásitos), sus atributos para producir enfermedad (virulencia, toxigenicidad), la estabilidad de su estructura antigénica, así como su capacidad de resistencia múltiple a los agentes antimicrobianos (Nordase, 2002).

Dicho lo anterior, es necesario centrarse en recoger los pronunciamientos realizados por el Consejo de Estado, frente a la prestación de servicios de salud. Dicho lo anterior, se trae a colación, lo expresado por esta corporación frente a la responsabilidad en la prestación de servicios de salud, donde se hizo énfasis en sé que, en los casos de responsabilidad por la prestación del servicio médico de cualquier naturaleza debía tenerse en cuenta la falla o culpa de la administración, lo que genera la imputación desde la responsabilidad subjetiva (Fernández, 2016).

Así mismo, ha sido la jurisprudencia quien ha enfatizado en la imposibilidad de considerar la medicina como una actividad peligrosa, salvo aquellos casos en que haya utilización de aparatos o instrumentos peligrosos que generen un daño al paciente. Lo que se considera como riesgo alea. Lo que ha cambiado con la tendencia que ha asumido el Consejo de Estado actualmente ya que a la fecha la hospitalización se considera como una actividad peligrosa.

En materia de responsabilidad médica el Consejo de Estado realizaba la imputación inicialmente desde la falla probada donde es menester que la víctima pruebe idónea y fehacientemente y los elementos que integran la falla del servicio (hecho dañoso, culpa, daño antijurídico y nexo de causalidad).

Sin embargo, como lo indica Fernández (2009) desde 1992 el Alto Tribunal de lo Contencioso-administrativo era unánime en su posición en cuanto a la aplicación de la teoría de la falla “presunta” del servicio médico- asistencial, teniendo en cuenta que el paciente se encontraba en una posición de inferioridad, debido a los múltiples inconvenientes que para él significaba demostrar la culpa o falla de la administración cometida y en el criterio de mayor facilidad para la parte médica. Dicha tesis se dejó de aplicar teniendo en cuenta que iba en contravía de lo dispuesto en el Código de Procedimiento Civil.

Como lo indican Santos, Ortiz & Ruiz (2017) hoy con la vigencia del Código General del Proceso Art. 167 se establece la asignación de las cargas probatorias en los procesos y sienta dos reglas básicas en primer lugar quien alega un hecho debe probarlo, excepto por los hechos notorios y las negaciones indefinidas, en segundo lugar los casos en los que el juez diga que ameritan, desde el periodo probatorio el juez podrá atribuir la carga probatoria de un determinado hecho a quien esté en mejor condición de aportar la prueba y a quien esté en mayor posibilidad de aportar la prueba.

El Consejo de Estado ha indicado frente a la responsabilidad patrimonial en la prestación de servicios médicos lo siguiente:

La responsabilidad por falla médica ha evolucionado a lo largo de los años, pasando desde el régimen de falla probada del servicio, la falla presunta del servicio, la carga dinámica de la

prueba y en el año 2006, mediante Sentencia del 31 de agosto, volvió al régimen de falla probada, en razón de la complejidad de los temas médicos y la dificultad para las instituciones públicas en el ámbito probatorio, debido al tiempo que transcurre y la cantidad de casos que manejan (Consejo de Estado, Sentencia Exp. 30724, 2014).

La imputación realizada sobre la falla en el servicio entendía que ha una serie de riesgos a los que está expuesto el paciente. Sin embargo, si se produce un daño es necesario que se observe si el actuar de la institución que presta los servicios de salud fue diligente. En el caso de las infecciones nosocomiales se está en frente de un hecho que es irresistible teniendo en cuenta que las bacterias van mutando rápidamente, tornándose más difícil de contrarrestar, por más que se sea diligente y cuidadoso, el riesgo no puede extinguirse.

En el año 1997 el Consejo de Estado entendía lo anterior por lo que permitía a las instituciones demostrar diligencia y cuidado en su actuar para eximirse de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Estado:

La demandada tenía la carga de demostrar las precauciones que allí se tomaron para practicar la operación o al menos explicar cuáles fueron los resultados de las investigaciones que el propio hospital hizo para investigar la causa de la citada infección. Y la falta de dicha prueba, que deja en la indeterminación la causa específica del daño, acarrea como consecuencia que, en desarrollo de la presunción jurisprudencial establecida en esta materia, dicho daño se impute a la entidad prestadora del servicio médico (Consejo de Estado, Sentencia exp. 11.782 de 1997).

Sin embargo, se produce un cambio en la línea acogida y el Consejo de Estado considera que la no eliminación del riesgo en el caso de las infecciones nosocomiales la hace un hecho irresistible pero no imprevisible.

Como lo indica Irisarri (2002) las condiciones requeridas para la estructuración de la responsabilidad por riesgo excepcional que el daño se produzca en desarrollo de una actividad peligrosa donde la administración emplea recursos o medios que coloquen a los administrados o a sus bienes en una situación de quedar expuestos a un riesgo, que dada su gravedad excede las cargas que normalmente deben soportar los ciudadanos. Si el riesgo así se materializa, se produce un daño indemnizable.

Sin embargo, y a pesar que la infección nosocomial se considera un evento adverso lo que se deriva de falta en las obligaciones de cuidado y seguridad del paciente, el Consejo de Estado en su sentencia del exp. 20836 de 2011, da un giro a la imputación en estos casos y considera que:

A modo ilustrativo se pueden destacar los siguientes supuestos: i) en virtud de la peligrosidad de la cosa, del procedimiento o del tratamiento empleado, siempre y cuando la herramienta riesgosa cause el daño de manera directa o por ella misma, pues si la lesión es producto de una ejecución irregular del acto médico, aunque medie un instrumento que represente peligro o riesgo, el caso específico estará regido por la responsabilidad subjetiva o culposa, ii) cuando respecto de un medicamento, tratamiento o procedimiento que implica o conlleva un progreso en la ciencia y, por lo tanto, se considera novedoso, se desconocen las consecuencias o secuelas a largo plazo del mismo, iii) cuando en el acto médico se emplean químicos o sustancias peligrosas (v.gr. eventos de medicina nuclear), iv) en supuestos de vacunas porque se asume de manera implícita su eventual peligrosidad y reacciones adversas en los diferentes organismos, v) cuando el daño es producto de una infección nosocomial o intrahospitalaria, vi) cuando el daño se irroga por la cosa misma sin que medie el acto humano, circunstancias en las que, al margen del riesgo del elemento la responsabilidad es de tipo objetiva (Consejo de Estado, Sentencia Exp. 20836 de 2011).

Se considera así entonces, que el contagio de infecciones nosocomiales se da en el marco de una actividad peligrosa, que es la hospitalización. A pesar de que la hospitalización es un servicio conexo al ejercicio de la medicina, se considera que dicha actividad como peligrosa teniendo en cuenta que las infecciones nosocomiales son un riesgo alea, por lo que se debe aplicar el régimen objetivo de responsabilidad.

El Consejo de Estado (2012) en sentencia Exp. 21.661 expresa que para que pueda declararse la responsabilidad patrimonial del Estado, quien alega haber sufrido un perjuicio deberá acreditar que la infección que afectó a la víctima fue adquirida en el centro hospitalario o asistencial o que se produjo como consecuencia de un procedimiento médico, sin que en tal evento resulte necesario que se pruebe que la entidad demandada actuó de manera indebida o negligente. Con lo que fija un régimen de responsabilidad objetivo en el contagio de infecciones.

La Sentencia más relevante en la concreción del régimen de responsabilidad objetivo en materia de infecciones nosocomiales es la dictada por el Consejo de Estado, Subsección B del 29 de agosto de 2013, Exp. 30.283, M.P. Danilo Rojas Betancourt que indica lo siguiente:

En suma, en criterio de la Sala, el riesgo puede servir como factor para atribuir jurídicamente responsabilidad a la administración por los daños causados como consecuencia de una infección de carácter intrahospitalario, entendida como aquella que se contrae por el paciente en el hospital o centro asistencial. En estos eventos la responsabilidad es de carácter objetivo, por lo que la parte demandada, para liberarse de la obligación de indemnizar los perjuicios, tendrá que demostrar que el paciente ya portaba el cuadro infeccioso antes de ingresar al nosocomio (Consejo de Estado, Sentencia Exp. 30.283, 2013).

Así entonces como lo indica González (2017) frente a la responsabilidad extracontractual del Estado por contagio de infecciones intrahospitalarias se decide acoger un régimen de responsabilidad objetivo que solo exonerara al Estado cuando la institución prestadora de salud puede probar que el contagio se dio por una causa extraña, o culpa de la víctima que es el caso de las infecciones de tipo endógeno u originado por el cuerpo del paciente.

Esta posición asumida por el Consejo de Estado ha desatado en el medio colombiano diversas reacciones, ya que se hace referencia a que el fallo es una decisión antijurídica, injusta e inconveniente, debido a que "atenta contra la dinámica de los principios constitucionales (i), contra el análisis económico del derecho (ii) y contra la teleología del denominado riesgo excepcional. Encuadrar las infecciones nosocomiales dentro del marco de la responsabilidad objetiva, genera un impacto importante en el contexto colombiano, no solo en el campo de la salud, sino también, en la economía y en la sociedad en general, si se piensa tan solo, por ejemplo, en los sobrecostos que implica su tratamiento. (Fernández, 2016)

En definitiva, con la postura que actualmente ha asumido el Consejo de Estado en el evento de contagio una infección nosocomial habrá una condena segura para el Estado, de la cual solo podría exonerarse probando una causa extraña, ya que en este caso no es

relevante que haya actuado con diligencia aplicando todos los protocolos de higiene y asepsia. Aun cuando dicho riesgo no se puede eliminar, ni puede preverse cuando va a ocurrir teniendo en cuenta que cada paciente tiene condiciones diferentes y su riesgo de adquirir un monomio es distinto.

Conclusiones

El examen o la evaluación del incumplimiento del deber, que se debe hacer a la luz de la realidad concreta. Supone indagar cómo debía prestarse el servicio normalmente y no se puede idealizar la prestación del servicio (el deber a observar por parte del Estado, con los recursos con los que este cuente para el caso en concreto), lo anterior toda vez que las posibilidades reales de atender una determinada necesidad dependen de circunstancias de tiempo y espacio.

Es decir, en cada caso debe examinarse y contrastar 2 cosas: **i.** ¿Cuál era el deber que debía atender el Estado?, **ii.** ¿De qué disponía el Estado para prestar el servicio en esa específica circunstancia o caso concreto? Recursos tales como: Personal para prestar el servicio, infraestructura, tecnológicos, económicos, logísticos, inteligencia y contrainteligencia, De existe examen se desprenderán las posibilidades reales de prestar un servicio público por parte del Estado dependen de las circunstancias de tiempo y espacio.

Lo anterior teniendo en cuenta que en Colombia se han realizado varios esfuerzos por prevenir las infecciones intrahospitalarias. Sin embargo, la precaria situación del sistema de salud en el país, la deficiencia de recursos dentro de los establecimientos médicos y muchos otros factores hacen que el contagio de estas infecciones intrahospitalarias sean uno de los mayores problemas a nivel nacional en cuanto a salud pública se refiere.

Teniendo en cuenta que la salud en Colombia por orden constitucional es un servicio público esencial, cuya prestación se encuentra desarrollada por entidades públicas o bajo la supervisión de las mismas, lo que involucra una función administrativa en la prestación del servicio. La prestación de este servicio comprende una extensa lista de actos que comprenden desde la atención a los pacientes que ingresen a dichos establecimientos hasta el cumplimiento de protocolos de bioseguridad, cuidado y vigilancia y demás actividades

que pueda demandar prestación del servicio de salud, sin embargo, de acuerdo a la exposición actual del Consejo de Estado será irrelevante si la institución prestadora de salud cumplió con los protocolos de higiene y desinfección, ya que si el paciente prueba que adquirió la infección nosocomial en la intuición habrá lugar a que se declare la responsabilidad del Estado.

No se entiende entonces el porqué de la expedición del decreto 1011 de 2006 que define las obligaciones de seguridad en atención de salud y que impone deberes a los establecimientos hospitalarios, instituciones sanitarias y demás organismos de utilizar todos los procesos, estructuras, metodologías y elementos que sean científicamente probados para disminuir el riesgo de que las personas sufran riesgos adversos durante la prestación del servicio de salud.

Si dicho cumplimiento no será relevante al momento de definir la responsabilidad de la institución en el contagio de la infección, si a la fecha las infecciones intrahospitalarias que se fundamentan en la teoría del riesgo-alea, y por ende la regla general es que se aplica el título objetivo de responsabilidad, sin perjuicio de que en ciertos casos pueda invocarse la falla del servicio, como ocurre cuando la proliferación de la bacteria se ha dado por falta de asepsia (Gil Botero, 2017).

Referencias

- Acosta, C. (2010). Responsabilidad médica: elementos, naturaleza y carga de la prueba. *Revista De Derecho Privado*, 43(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3600/360033192001.pdf>
- Baena, F. (2010). Objetivación de la responsabilidad civil extracontractual en Colombia: tendencias, influencias y panorama (Tesis de Pregrado). Universidad Eafit Escuela De Derecho Medellín, Colombia. Recuperado de https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/458/Felisa_BaenaAramburo_2010.pdf;sequence=1.
- Bonilla, J.D. (2010). Los paradigmas en la teoría jurídica. La interpretación sobre qué es el derecho”. *Misión Jurídica, Revista de Derecho y ciencias sociales*. Vol. 3, núm. 1. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5167561.pdf>

- Duguit, L. (1923). *Manuel De Droit Constitutionnel* (4th ed.). Paris: Forgotten Books.
- Fajardo, A. (2010). El daño antijurídico del Estado y los medios alternativos de solución de conflictos-Estado del arte. *Civilizar*, 10(19), 43. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/ccso/v10n19/v10n19a05>.
- Fernández, M. (2009). La falla “probada” del servicio médico-asistencial: ¿vislumbre del retroceso del Consejo de Estado? *IUSTA*, 1(30). Recuperado de revistas.usta.edu.co/index.php/iusta/article/download/3058/2925
- Fernández, M. (2016). Las Infecciones Nosocomiales Como Un Nuevo Evento De Responsabilidad Objetiva En El Sistema Colombiano: Reflexión Sobre Su Fundamento A Partir De La Experiencia Francesa. *Revista chilena de derecho*, 43(3), 849-875. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-34372016000300004>
- Fortich, A. (2013). La responsabilidad médica como actividad peligrosa: análisis de caso en la jurisprudencia de la corte suprema de justicia de Colombia. *Vniversitas*, (126), 15-37. Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=82528731002>
- Gil Botero, E. (2017). *Responsabilidad extracontractual del Estado* (7th ed.). Bogotá: Temis.
- González, M. Y. (2017). *Responsabilidad del Estado en casos de contagio de infecciones intrahospitalarias*. Trabajo de Grado. Universidad Católica de Colombia. Facultad de Derecho. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/15121>
- Güecha, C. (2012). La falla en el servicio: Una imputación tradicional de responsabilidad del Estado. *Prolegómenos. Derechos y Valores*, 15(29). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/876/87625419007/>
- Guzmán, F., & Arias, C. (2011). El concepto de riesgo en medicina. *Revista Facultad de Medicina*, 19(2), 241-247. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562011000200011&lng=en&tlng=e

- Guzmán, F., Franco, E., Morales, M., & Mendoza, J. (1994). El acto médico Implicaciones éticas y legales. *Acta Médica Colombiana*, 19(3). Recuperado de http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/03-1994-05-El_acto_medico.pdf
- Irisarri, C. (2000). El daño antijurídico y la responsabilidad extracontractual del Estado colombiano (Pregrado). Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/derecho/dere1/Tesis27.pdf>
- López, J. (2013). La responsabilidad médica del Estado o de los prestadores en salud privados derivada de prótesis mamarias defectuosas. *Prolegómenos*, 16(31), 131-153. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-182X2013000100008
- Nordase, R. (2002). Visión actualizada de las infecciones intrahospitalarias. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(3), 201-208. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572002000300008&lng=es&tlng=en.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). OMS | Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Recuperado de http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/
- Palencia, F. (2014). Reflexión crítica sobre el abordaje actual del evento adverso en Colombia. *Revista Médica De Risaralda*, 20(1), 34 - 40. Recuperado de <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/8469/5673>
- Patiño, H. (2011). Las causales exonerativas de la responsabilidad extracontractual. *Revista de Derecho Privado* (0123-4366), (20). Recuperado de <https://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=01234366&AN=65075199&h=1P5fVeXRACgIurRJb3zlenPbbKOr6CeEocu%2bekwSHANv1fb0wab%2bUjSRLosj75zNQa3Dw0aixUaT4%2fhGiGszhw%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrINotAuth&c>

rlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d01234366%26AN%3d65075199

- Pierry, P. (1996). Algunos aspectos de la responsabilidad extracontractual del Estado por falta de servicio. *Revista de Derecho Público*, (59). Recuperado de <https://revistas.uchile.cl/index.php/RDPU/article/view/43308>
- Rivera, M. (2014). ¿Qué se entiende por responsabilidad del acto médico? Una reflexión desde la bioética. *Revista Escritos*, 22(48). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/esupb/v22n48/v22n48a06.pdf>
- Rojas, J. A. (2017). La responsabilidad patrimonial del Estado colombiano por falla en la prestación del servicio médico de entidades de salud del Estado. Trabajo de Grado. Universidad Católica de Colombia. Facultad de Derecho. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/14730>
- Ruiz, W. (2016). Responsabilidad del Estado y sus regímenes (3a. ed.) (3rd ed.). Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Santos, I., Ortiz, E., & Ruiz, R. (2016). La carga de la prueba en procesos de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico asistencial. *Revista Estrado*, 3(4). Recuperado de <http://revistasnew.unab.edu.co/index.php/estrado/article/download/1507/1406>
- Sepúlveda, M., & Solano, N. (2008). Metodología de la investigación social y jurídica. Bogotá: Grupo Editorial Ibañez.
- Urbina, H. (2001). Infección nosocomial. *Archivos venezolanos de puericultura y pediatría*, 2(1). Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/urbina.pdf>
- Woolcott, O. (2015). La indemnización de las víctimas de riesgos médicos allende los límites tradicionales de la responsabilidad civil. *Revista Criminalidad*, 57 (1): 61-74. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-31082015000100005

- Woolcott, O., Vivas, T., & Garzón, T. (2017). El problema de las transfusiones de sangre y la transmisión de VIH. Realidad y respuestas del derecho para la protección del paciente (1st ed.). Bogotá: Universidad Católica de Colombia.
- Woolcott, O. & Fonseca, P. (2018). Los medicamentos y la información: implicaciones para la imputación de la responsabilidad civil por riesgo de desarrollo en Colombia. *Revista Criminalidad*, 60 (1): 79-93. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v60n1/1794-3108-crim-60-01-00079.pdf>
- Consejo de Estado, Sección Tercera (1990). Sentencia de 24 de octubre de 1990, exp. 5902, C.P. Gustavo de Greiff Restrepo.
- Consejo de Estado, Sección Tercera (1997). Sentencia de 03 de abril de 1997, exp. 9467, C.P. Carlos Betancur Jaramillo.
- Consejo de Estado, Sección Tercera (1997). Sentencia de 06 de noviembre 1997, exp. 11782, C.P. Carlos Betancur Jaramillo.
- Consejo de Estado de Colombia, Sección tercera. (2011). Sentencia Exp. 20836 del 25 de Marzo de 2011. C.P Enrique Gil Botero.
- Consejo de Estado de Colombia, Sección tercera, Subsección B. (2013). Sentencia Exp. 30283 del 29 de agosto. C.P Danilo Rojas Bethancourt.
- Consejo de Estado, Sección Tercera (2013). Sentencia de 31 de mayo de 2013, exp. 31724, C.P. Danilo Rojas Betancourth
- Consejo de Estado, Sección Tercera (2014). Sentencia de 14 de mayo de 2014, exp. 30724, C.P. Olga Melida Valle de la Hoz.